

Educação, saúde e cidadania: estratégias para a garantia de direitos de crianças e adolescentes hospitalizados

Education, health and citizenship: strategies to the warranty of
the rights of hospitalized children and adolescents

Rosa Lúcia Rocha RIBEIRO¹

Neida Simões da FONSECA²

Regina Issuzu Hirooka de BORBA³

Circéa Amália RIBEIRO⁴

Resumo

O artigo debate estratégias para a garantia de direitos da criança hospitalizada, com destaque às necessidades lúdicas e educacionais. Apresenta o histórico dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil a partir da Constituição Federal, do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente, discutindo as transformações em curso e os desafios. Apresenta aspectos relacionados à importância do brincar para o cuidado à criança hospitalizada e a implementação da política de atendimento escolar hospitalar no Brasil. Conclui-se que, embora o Brasil acumule experiências para o atendimento aos direitos da criança hospitalizada, ainda existem desafios a cumprir.

Palavras-chave: Direito da criança e do adolescente. Jogos e brinquedos. Atendimento escolar hospitalar.

Abstract

This paper debates strategies to guarantee the rights of sick children, in particular the ones related to play and education. It presents an overview of the rights of Brazilian children and adolescent since the Constitutional Law, the Unified Health System and the Child and Adolescent Statutes and discusses the changes made and the challenges still to be faced. It presents the value of play as related to the sick child care and the Brazilian policies related to the education of sick children. The conclusions point that, despite the Brazilian good and important experiences related to the rights of the hospitalized child, there are still challenges to reach.

Keywords: Child and adolescent right. Play and toys. Hospital based education.

- 1 Doutora. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Cidadania (GPESC). Av. das Palmeiras, nº 20, Condomínio Rio Claro, Casa 123, Jardim Imperial, Cuiabá/MT, CEP: 78075-850. Tel.: (65) 8402-9907. E-mail: <rosalucia@gmail.com>.
- 2 Doutora. Professora Associada da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora na área de atendimento escolar hospitalar. Rua São Francisco Xavier, nº 524, Maracanã, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20550-013. Tel.: (21) 2334-0231. E-mail: <eneida@uerj.br>.
- 3 Doutora. Líder e pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBring). Pesquisadora do Grupo de Estudo em Puericultura. Professora Adjunta da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE/UNIFESP). Av. Fagundes Filho, nº 623, Apto. 64, Esparta, Vila Monte Alegre, São Paulo/SP, CEP: 04304-010. Tel.: (11) 5576-4430, Ramal 1614. E-mail: <crihborba@unifesp.br>.
- 4 Doutora. Líder e pesquisadora do Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBring), Pesquisadora do Grupo de Estudo em Puericultura. Professora Associada da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (EPE/UNIFESP). Rua Cipriano Barata, nº 1451, apto. 194, Bl. A, Ipiranga, São Paulo/SP, CEP: 04205-001. Tel.: (11) 5576-4430, Ramal 1613. E-mail: <caribeiro@unifesp.br>.

R. Educ. Públ.	Cuiabá	v. 22	n. 49/2	p. 503-523	maio/ago. 2013
----------------	--------	-------	---------	------------	----------------

Introdução

Histórico da conquista dos direitos de crianças e adolescentes no Brasil

A conquista de direitos sociais no Brasil sempre foi resultado de lutas da classe trabalhadora brasileira, ao lado de seu povo e de setores de vanguarda por justiça social. Assim foi com a conquista do direito à saúde e dos direitos de crianças e adolescentes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado do acúmulo de muitas lutas protagonizadas pelos trabalhadores de saúde, dos movimentos sociais e de importantes setores da saúde pública do país. O movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu no meio acadêmico a partir da década de 70, como reação à ditadura civil-militar imposta em 1964, interrompendo os avanços sociais que vinham sendo conquistados pela classe trabalhadora até então. Tal situação provocou amplos debates referentes ao direito à saúde, que se intensificaram na década de 80, num contexto de indignação de setores da sociedade sobre o dramático quadro da saúde. Mesmo num quadro de intensa pressão imperialista, capitalista e de poucas liberdades, o movimento social em favor da saúde pública manteve sua chama acesa e coroou sua luta ao conseguir incorporar o direito à saúde no texto da Constituição Federal de 1988. Dois anos depois esse direito foi regulado pela Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990b).

Paralelamente ao movimento da saúde, dentro do processo de redemocratização do país, ocorria também a luta pelos direitos de crianças e adolescentes com extraordinária participação de vários setores da sociedade civil e de entidades nacionais e internacionais. A discussão central era a necessidade de alteração do panorama legal e da criação da nova Constituição, buscando-se uma alternativa ao então Código de Menores. Dessa mobilização, em 1985 surgiu o Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMMR) que, em 1986 organizava o seu primeiro encontro nacional, colocando os jovens para debater a exclusão, a violência, a família e os limites da legislação vigente. Os documentos resultantes desses debates foram peças fundamentais para a construção do texto da Constituição de 1988 e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No âmbito internacional, na mesma ocasião, a Organização das Nações Unidas preparava o texto da Convenção Internacional dos Direitos da Criança que, em 1989, foi ratificada pelos países membros, com exceção dos Estados Unidos e da Somália. Mesmo sendo posterior a 1988, o conteúdo dessa Convenção se refletiu na Constituição brasileira de 1988 e no ECA, uma vez que o Brasil participou ativamente de sua elaboração (DALLARI, 2005).

O principal avanço da nova Constituição de 1988 está em seu artigo 227, que colocou a criança e o adolescente como *prioridade absoluta*. Mais recentemente, em 2010, o jovem foi incluído nesse artigo por meio de emenda constitucional:

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta *prioridade*, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (BRASIL, 1988).

O ECA veio, em seguida, dispor sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, oferecendo à sociedade brasileira as principais referências para o atendimento aos seus direitos e à sua cidadania. Dispõem os artigos terceiro e quarto do ECA:

Art. 3º. A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (BRASIL, 1990a).

Essa nova ordem legal, representada pela Constituição, pelo SUS e pelo ECA, vem provocando mudanças no contexto do cuidado à saúde da criança em geral e, especificamente, no contexto do cuidado à criança hospitalizada.

Pode-se dizer que, até antes desse período, aceitava-se que o foco da assistência à criança fosse centrado apenas na doença, seguindo o modelo biomédico, cuja prática usual é apenas a intervenção técnica sobre o corpo doente. Os demais aspectos da dimensão humana que, sabemos, devem estar envolvidos no cuidado, tais como: a participação da família, a socialização, a afetividade, a emoção e o simbólico, na prática, não estavam sendo considerados no processo de recuperação, revelando uma visão fragmentada do ser-criança (SEWO et al., 2008).

Nessa lógica, a não consideração da criança como sujeito de direitos se expressava nos hospitais por meio de práticas, tais como: a separação da criança da mãe, a privação da convivência familiar, as visitas restritas, a separação de seus objetos, a não consideração de sua dor, o isolamento e a contenção no leito.

Para alterar esta condição de tratamento violento e indigno à criança, o ECA, em seu capítulo sobre o direito à Vida e à Saúde, trouxe em seu texto:

Art. 7º. A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. (BRASIL, 1990a).

O ECA também veio reforçar o disposto na Constituição Federal, ao definir, em seu artigo 11º, que é

[...] assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 1990a).

Muito embora o movimento de humanização das práticas de assistência à criança hospitalizada já estivesse na pauta de pesquisas, discussões e em ação/exercício em algumas universidades e hospitais públicos, foi somente com a promulgação do ECA que as instituições hospitalares se viram obrigadas a reformular as suas atuações.

Para a criança hospitalizada foi uma grande conquista, pois, em seu artigo 12º, o ECA também obrigou os hospitais a proporcionarem condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável junto à criança, durante todo o período de internação (BRASIL, 1990a).

Em 1995, a partir da recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente aprovou a Resolução CONANDA nº 41, de 17/10/1995, que dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (CONANDA, 1995). Essa resolução teve como objetivo principal dar maior clareza ao cumprimento do ECA pelos hospitais e garantir melhores condições de assistência à criança durante a hospitalização. Este documento relaciona vinte direitos da criança e do adolescente hospitalizados. O mais pertinente ao presente texto é o “[...] direito de desfrutar de alguma forma de recreação, programas de educação para a saúde e acompanhamento do curriculum escolar durante sua permanência hospitalar” (CONANDA, 1995, item 9).

Apesar do avanço das conquistas no campo do direito à saúde da criança hospitalizada, há um imenso abismo entre o que prevê o direito e a prática cotidiana das instituições hospitalares, o que demanda, ainda, muito esforço daqueles que realizam o cuidado.

A reflexão que fazemos é que poucos de nós tenhamos a consciência da real dimensão que tais dispositivos legais têm a oferecer em favor de crianças e adolescentes brasileiros. Além de nos impor, pessoal e profissionalmente, o dever de zelar pelo bem estar das crianças e dos adolescentes de nosso convívio, assegurando-lhes os seus direitos, tais legislações representam um extraordinário apoio para nosso trabalho e para a proposição de ações em favor da qualificação do cuidado à criança e ao adolescente hospitalizados.

Nesse sentido, apresentam-se adiante algumas discussões sobre dois direitos da criança hospitalizada: (1) *o direito ao brincar*, apresentando aspectos relacionados à sua importância para o cuidado de enfermagem e (2) *o direito à educação*, com destaque à implementação da política de atendimento escolar hospitalar no Brasil.

Sobre o direito da criança ao brincar no contexto hospitalar

A hospitalização é uma situação potencialmente estressante para a criança, que pode determinar agravos emocionais, caso não haja um manejo adequado da situação por parte da equipe de saúde que a assiste. A assistência de enfermagem a essa criança deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento que o enfermeiro deve ter a respeito de sua doença e das intervenções diagnósticas ou terapêuticas realizadas. Deve considerar, as necessidades emocionais e sociais delas, abrangendo o uso de técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, dentre as quais se destaca a situação de brincar (RIBEIRO et al., 2008).

O brincar tem sido habitualmente compreendido e conceituado como uma forma de diversão, de recreação, de atividade não séria e oposta ao trabalho. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, brincar significa divertir-se infantilmente, entreter-se em jogos de criança; divertir-se, recrear-se, entreter-se, distrair-se, folgar, ocupar-se (FERREIRA, 2008).

De acordo com o conhecimento atual, embora estes sejam realmente atributos do brincar, brincar é muito mais do que isto: é uma necessidade da infância, o trabalho da criança e o meio pelo qual ela se desenvolve em todos os aspectos, físico, emocional, cognitivo e social, de forma natural (RIBEIRO et al., 2008).

Sabendo que, etimologicamente, brincar deriva da palavra *brinco*, que vem do latim *vinculo*, que significa *fazer laços, ligar-se* (SABOYA, 1986), já evidencia

o quanto a atividade lúdica é essencial para o desenvolvimento infantil. É brincando que, desde bebê, a criança se integra a ela mesma, às outras pessoas e ao meio ambiente. Brincar é, portanto, muito mais do que passar o tempo, é uma atividade integradora para a pessoa da criança (RIBEIRO et al., 2009).

O brincar e o lúdico apresentam a mesma conotação? O termo lúdico tem sua origem na palavra latina *ludus*, que, do ponto de vista etimológico, quer dizer *jogo* (ALMEIDA, 2003). Designa a atividade que se refere a, ou que tem o caráter de jogos, brinquedos e divertimentos (FERREIRA, 2008), sendo entendido como uma necessidade básica da personalidade, do corpo e da mente e reconhecido como uma das atividades essenciais da dinâmica humana (ALMEIDA, 2003).

Embora a atividade de brincar esteja relacionada à infância, sabe-se que o jogo, o qual conceitualmente não diverge da brincadeira, é considerado um fenômeno cultural, cuja existência antecede a sociedade humana e a socialização, uma vez que a civilização humana surge e se desenvolve no jogo e pelo jogo, dado o caráter lúdico intrínseco do ser humano, o *Homo Ludens*. Assim, sem espírito lúdico a civilização seria impossível, pois o direito e a ordem, o comércio e o lucro, a indústria, a arte, a poesia, a música, a sabedoria, a ciência, a formação dos grupos sociais estáveis, enfim, todas as grandes forças da sociedade civilizada têm suas raízes no solo primevo do jogo (HUIZINGA, 2000).

Baseado nestes pressupostos, o resgate do brincar como atividade de enfermagem no cuidado à criança hospitalizada é enfatizado, desde os primórdios da profissão, por Florence Nightingale que acreditava, na época, de que havia “[...] preocupação demasiada em entreter as crianças e insuficiente em deixá-las brincar livremente” (NIGHTINGALE, 1989).

No Brasil, temos registros fotográficos, da década de 40, das crianças brincando com as enfermeiras em uma sala de recreação e em unidades de internações pediátricas do Hospital das Clínicas e do Hospital São Paulo, evidenciando a sua incorporação na prática assistencial daquela época. O uso do brinquedo, consolidado em atividades teórico-práticas e como recurso de intervenção na assistência de enfermagem à criança hospitalizada, iniciou-se no final da década de 1960, com a professora Esther Moraes, docente da disciplina Enfermagem Pediátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Desde então, os alunos de graduação que tiveram a oportunidade de vivenciar, em seu processo de ensino e que constatarem seus benefícios nas crianças, pais e a si, começaram o processo de propagação dessa prática, incorporando-a ao conteúdo programático de outras instituições (CINTRA, 2005). A professora Ana Llonch Sabatés, primeira discípula da professora Esther, introduziu a temática sobre Brinquedo/Brinquedo Terapêutico no currículo de enfermagem da Faculdade de Enfermagem São José, mantida pela Santa Casa de Misericórdia

de São Paulo, em 1977, e na Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em 1986.

Atualmente, a abordagem desta temática no ensino de graduação em Enfermagem é recomendada pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN, 2004) e assegurado ao profissional enfermeiro, na sua prática, o emprego da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico na assistência à criança e sua família pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2004).

A instalação de brinquedotecas em todas as unidades de saúde, públicas ou privadas, que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, é uma determinação por meio de lei federal no Brasil desde 2005 (BRASIL, 2005).

Em 2006 foi criado o Grupo de Estudos do Brinquedo (GEBrinq), grupo de estudo e pesquisa multidisciplinar e interinstitucional, iniciado em 1994 por docentes da disciplina Enfermagem Pediátrica da UNIFESP, que tem como objetivo aprofundar o estudo e realizar pesquisas sobre o ensino e a prática, sobre o Brincar/Brinquedo Terapêutico na assistência à criança e família.

Vê-se que há muitos esforços, de diferentes segmentos, visando atender ao que está determinado no ECA, em seu segundo capítulo - sobre o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade - de que a criança tem direito a brincar, praticar esportes e divertir-se (BRASIL, 1990a).

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde tem desenvolvido grandes esforços para incentivar o aprimoramento da assistência hospitalar à população e a melhoria na gestão das instituições hospitalares por meio da acreditação dos hospitais. Todo hospital deve se preocupar com a melhoria permanente da qualidade de sua gestão e assistência, para assegurar uma assistência melhor e mais humanizada à saúde dos seres humanos que procuram os hospitais, necessitados de cuidados e apoio (BRASIL, 2002).

Acreditamos que as atividades de brinquedo/brinquedo terapêutico atendam aos preceitos tanto da humanização do Ministério quanto da assistência atraumática, uma das grandes tendências atuais de assistência pediátrica, conceituados como um cuidado terapêutico que pressupõe o uso de intervenções apropriadas para diminuir ou eliminar o sofrimento físico e psicológico da criança e de sua família, no sistema de cuidado à saúde, tendo como princípios fundamentais: evitar ou diminuir o afastamento da criança da família, estimular o senso de controle e evitar ou minimizar a lesão corporal e a dor. Assim, exemplos de cuidados sem trauma incluem, entre outros, propiciar brincadeiras para que ela possa expressar medo e agressividade (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

O brinquedo tem sido utilizado na assistência de enfermagem à criança não só como uma forma de satisfazer a necessidade recreacional e propiciar desenvolvimento físico, mental, emocional e a socialização, mas como um recurso

para propiciar alívio das tensões, além de se constituir numa ferramenta de comunicação pela qual os enfermeiros podem dar explicações, bem como receber informações da criança sobre o significado das situações vividas por ela e, assim, traçar metas de assistência de enfermagem. Para tanto, preconiza-se o uso do brinquedo terapêutico, que se fundamenta nas funções catárticas do brinquedo e utiliza princípios da ludoterapia (MORAIS, 1980; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Muitas pesquisas vêm sendo realizadas utilizando o brinquedo terapêutico para desvendar o significado da vivência da criança frente a diferentes situações relacionadas à hospitalização (BORBA, 2003; BORBA et al, 2009; BULLA, 2009; CAMPOS, 2012; CASTRO, 2001; CYPRIANO, 2009; KICHE; ALMEIDA, 2009; LIONE, 2003; ORTIZ, 2009; PEREIRA, 2012; PEDRO, 2012; REMUSKA, 2010; RIBEIRO, 1986, 1999; SOUZA, 2001). Os resultados destes estudos constatarem que as crianças se tornam mais cooperativas, expressam melhor seus sentimentos de medo e ansiedade, revelam o seu sofrimento de forma espontânea, promovem grande catarse, demonstram compreender a situação pela qual estão passando, diminuem as reações de tensão, passam a se relacionar melhor com as outras crianças e a equipe de enfermagem e se tornam proativas.

Outro campo estudado nesta temática se refere aos pais e profissionais de enfermagem. Os pais atribuem verificar nos seus filhos mudança de comportamento significativo ao serem preparados com brinquedo terapêutico (CONCEIÇÃO, 2008) e de transformar o ambiente hospitalar mais alegre, dando vida e esperança pelo fato de poderem levar os brinquedos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (CASSADOR, 2009).

O enfermeiro reconhece a importância do brincar durante a hospitalização (BIZ, 2001), o benefício que o brinquedo terapêutico traz para a criança, aos familiares e ao próprio profissional (MAIA, 2005), porém atribuem a dificuldade de sua implementação, sobretudo, à falta de tempo, desconhecimento ou insegurança na sua utilização e falta de verba para aquisição e manutenção dos brinquedos (BIZ, 2001; AMANS, 2008).

Apresentam-se, a seguir, algumas recomendações consideradas para agilizar e assegurar a implantação e implementação da atividade de brinquedo/brinquedo terapêutico.

Primeiro, no que se refere aos profissionais da saúde, recomenda-se: que as normas e rotinas devem estar voltadas às necessidades das crianças; valorizar as necessidades de recreação 24h/dia; reconhecer a importância terapêutica da alegria como forma de viver saudável; atividades como a recreação, o brinquedo terapêutico, a ludoterapia, a brinquedoteca, sejam valorizadas e envolvam todos os que participam da assistência à criança hospitalizada, como dever, sem relação

de poder como ato de determinada categoria profissional; o brinquedo deve ser utilizado como forma de comunicação, diagnóstico e interação profissional-criança-família; utilizar, como instrumento terapêutico, atividades como correr, pular, cantar, rir, falar, contar histórias, entre outras; capacitar os profissionais para atuar holisticamente no cuidado à criança e quanto à utilização de recursos lúdicos; favorecer a permanência dos pais o maior tempo possível próximos à criança, como fontes protetoras e não auxiliares de profissionais.

Segundo, às instituições de ensino e hospitalares: incorporar na filosofia institucional a necessidade de recreação na unidade de internação pediátrica; prover verbas e recursos humanos, planejar e equipar locais destinados à recreação; desenvolver pesquisas relacionadas à recreação e ao brinquedo na atenção à criança.

Desta forma, podemos afirmar que o brinquedo tem papel fundamental no cuidado às crianças e é imprescindível para tornar esse cuidado mais humanizado.

Sobre o direito da criança à educação no contexto hospitalar

A atenção à educação de crianças e adolescentes com problemas de saúde, estejam ou não hospitalizados, não é evento novo. Acompanhar a escolaridade dessa parcela da população é, sim, muitíssimo desconhecido pela sociedade em geral e até mesmo nos meios educacionais e de saúde. Jannuzzi (1985) aponta que no Brasil, no ano de 1600, a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo contava com atendimento escolar para seus pacientes. A publicação de Monarcha (2010) fala sobre a Escola Pacheco e Silva implantada no Hospital de Juqueri (SP) no ano de 1929 e que funcionou até 1940. A pesquisa de Fonseca (1999) apontou a escola que existe no Hospital Municipal Jesus (RJ) como a mais antiga em funcionamento no Brasil, ou seja, esta escola iniciou suas atividades em 1950 e, ininterruptamente, ainda nos dias atuais, mantém essa modalidade de ensino apesar de todas as dificuldades.

Segundo o Ministério da Educação (BRASIL, 2001; 2002) esta modalidade de atendimento se denomina *Classe Hospitalar*. O acompanhamento dos processos de desenvolvimento e de aprendizagem da criança ou adolescente durante internação hospitalar é de responsabilidade do professor. E este, preferencialmente, deve ser do quadro efetivo do magistério.

Outras terminologias são utilizadas para nomear a atenção dada à criança ou adolescente doente, mas, com um sentido mais amplo e muitíssimo confuso e contraditório e que, na maioria das vezes, desconsideram o acompanhamento da escolaridade da criança ou adolescente.

No Brasil, a criança doente é considerada como tendo necessidades especiais⁵, uma vez que, mesmo que não tenha uma condição, disfunção, limitação ou deficiência permanente, o estar hospitalizada a põe em condição especial de vida, sua rotina é alterada e, não poucas vezes, a realidade hospitalar a confunde e amedronta, como tem sido comprovado por muitos estudos como, por exemplo, o de Ribeiro (1999) e o de Oliveira (1997).

Como qualquer outra, a criança doente tem direito de continuidade de sua escolaridade, esteja ou não hospitalizada. De acordo com o mapeamento do quantitativo de escolas em hospitais e domiciliares no território brasileiro, realizado sistematicamente por Fonseca (2012), hoje dispomos de 141 hospitais com atendimento escolar para seus pacientes. Estas classes hospitalares estão distribuídas por dezenove (19) estados e no Distrito Federal (FONSECA, 2012). A criança doente que não esteja hospitalizada, mas que, devido às condições de saúde, não frequenta as aulas na escola regular, tem direito ao atendimento escolar domiciliar. Contamos com 31 instituições (em geral, organizações não governamentais voltadas para crianças com câncer) oferecendo essa modalidade de ensino em 15 dos nossos estados (FONSECA, 2012).

É importante ressaltar que uma parcela das crianças atendidas nas salas de aulas nos hospitais apresenta limitações intelectuais (Síndrome de Down) e/ou dos sentidos (cegueira, surdez, etc.) ou comprometimentos físicos ou motores, congênitos ou decorrentes das enfermidades. As crianças com necessidades especiais de saúde mais complexas não se encontram, em geral, nas enfermarias de clínicas dos hospitais porque são internadas em unidades semi ou intensivas em decorrência da especificidade de sua condição e da necessidade de suporte tecnológico muitas vezes apenas disponível nestas unidades e em alguns hospitais. Isso contribui para que essa criança não seja vista nem considerada como elegível para a educação.

5 A legislação vigente no âmbito da educação especial caracteriza as necessidades especiais como permanentes e/ou temporárias. Nesse sentido, crianças com necessidades educacionais especiais permanentes são aquelas que, em decorrência de condições, disfunções, limitações ou deficiências (surdez, cegueira, etc.), sempre precisarão de recursos específicos para que possam, da mesma maneira que os demais alunos, avançar em seus processos de desenvolvimento e de aprendizagem. Por exemplo, a criança cega precisará de um trabalho específico voltado para a consciência corporal e para a localização espacial utilizando os sentidos nela remanescentes. Sua percepção tátil deve ser trabalhada com cuidado por ser essencial à aprendizagem do Sistema Braille de leitura e escrita que mediará seu contato com o mundo do conhecimento formal (REILY, 2006; O'REGAN, 2007). As necessidades educacionais especiais temporárias são aquelas que requerem adaptações para uma situação/dificuldade não permanente do aluno no ambiente escolar como, por exemplo, precisar trabalhar com letras móveis para escrever, uma vez que o aluno esteja com o braço e/ou mão de dominância sob imobilização, o que o impede de segurar o lápis e grafar normalmente as letras. Assim que seja removida a imobilização, o aluno poderá voltar à sua rotina normal de escrita.

Sempre que possível, o professor agrupa os alunos para realizar as atividades que podem acontecer na sala de aula da classe hospitalar (quando a criança pode deixar a enfermaria) ou na própria enfermaria. Em geral, a sala de aula dispõe de quadro branco, carteiras e cadeiras, além de materiais básicos (tanto de consumo quanto didáticos) para uso pelos alunos e professores. Mas, como os hospitais não foram construídos pensando em ter também escola para os pacientes, os espaços disponibilizados às classes hospitalares não são adequados e precisam de adaptações para que atendam minimamente à clientela escolar. São espaços pequenos e que, geralmente, servem de ponto de encontro ou base dos professores.

Os professores são reconhecidos e respeitados pelos profissionais de saúde, principalmente pela equipe de enfermagem, com a qual têm mais contato por dependerem dos informes sobre a condição de saúde da criança para que ela possa participar das atividades da escola, seja na sala de aula, na enfermaria ou no próprio leito. Em geral estas informações são prestadas pela equipe de enfermagem e residentes de medicina. É importante que, de fato, a criança esteja em condições adequadas para deixar a enfermaria, uma vez que no espaço da sala de aula não estão disponíveis equipamentos médicos como, por exemplo, de oxigênio ou de aspiração de secreções das vias respiratórias. No caso da criança se sentir mal na escola, ela precisa retornar à enfermaria, para que receba o cuidado devido.

Outra fonte de informação sobre a enfermidade e o tratamento da criança está nos prontuários. Os professores das classes hospitalares têm acesso aos prontuários de seus alunos e nestes leem sobre a evolução e cuidados prestados à criança hospitalizada. Estes documentos também fornecem subsídios para que o professor preencha a ficha escolar individual do aluno (dados pessoais, familiares, de diagnóstico, etc.), evitando que a família ou acompanhante tenha que repetir informações previamente passadas ao hospital.

As crianças com problemas de saúde mais complexos, principalmente aquelas com comprometimentos neurológicos e motores, não costumam frequentar a classe hospitalar. Muitas dessas crianças não ficam nas enfermarias de clínicas onde, em geral, os professores circulam. Mas, mesmo quando estas crianças nelas estão, precisam de equipamentos como, por exemplo, de monitoramento de saturação de oxigênio e/ou gotejamento de medicação, o que dificulta o contato do professor com elas. Em geral, a equipe médica sugere aos professores que aguardem a melhora da condição clínica da criança para que se veja a possibilidade de atendimento escolar.

Muitas das crianças atendidas estão em idade escolar, mas não frequentam a escola por conta das várias demandas de acompanhamento na área de saúde. De acordo com observações de profissionais do setor, os familiares parecem não considerar que a criança possa se beneficiar das atividades escolares. Há

a dificuldade de acessibilidade e algumas escolas regulares, mesmo com a legislação dizendo o contrário, ainda desestimulam a matrícula dessas crianças.

No ambiente hospitalar vemos atividades de recreação, artes, teatro, contação de histórias, preparação de crianças e familiares para procedimentos médicos, dentre inúmeras outras. Todas elas são importantes de acontecer dentro do hospital. Mas as mesmas não podem ser confundidas com o caráter educacional de uma escola. É verdade que muitas dessas atividades têm sido realizadas por profissionais vinculados a instituições de ensino superior e/ou graduandos de pedagogia, mas as mesmas também podem ser feitas (e até seria mais adequado se assim fosse) por profissionais de outras áreas de formação e com a devida capacitação. Por exemplo, a quem caberia preparar emocional/psicologicamente uma criança ou adolescente para a hospitalização e/ou procedimentos médicos? Para a enfermagem e para a psicologia, não é mesmo? Quem faria mágicas e brincadeiras? Um ator com habilidades circenses e de ilusionismo. E quem orientaria familiares e/ou acompanhantes quanto aos seus direitos e aqueles da criança ou adolescente doente? Ao assistente social.

Sabemos que a função do pedagogo não seja apenas a de professor de sala de aula. Entretanto, temos conhecimento de que o hospital, em raríssimas e não comprovadas exceções, tem contratado ou concursado profissional de pedagogia. A Rede Sarah de Hospitais o faz, mas para o cargo de professor por período definido.

Não consideramos ser honesto deixar os interessados na área de pedagogia acreditarem que exista um campo novo de atuação. Sim, o ambiente hospitalar é um campo importante e rico para a atuação do pedagogo, mas, não é novo. É importante saber que a entrada oficial de um formado em pedagogia no ambiente hospitalar se dá pelo órgão oficial de educação, para que ele possa exercer a função de professor no hospital. Em geral, é firmado um convênio entre o hospital (ou secretaria de saúde) e a secretaria de educação para que os professores (concursados ou contratados pela secretaria de educação) exerçam a docência no ambiente hospitalar.

É relevante saber que muitos dos profissionais que atuam nos hospitais e se denominam *pedagogos hospitalares*, na realidade se encontram em desvio de função. Eles, em geral, são funcionários do hospital e, por terem formação em pedagogia, se dizem atuar na suposta área de pedagogia hospitalar. Mas, para que tal pedagogia específica exista, deveria haver um concurso interno ou uma relotação, regulamentando a situação funcional do servidor, o que, em geral, não é o caso.

A realidade do atendimento escolar à criança doente está cada vez mais precária. A Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão do Ministério da Educação (SECADI), que substituiu a Secretaria de Educação Especial (SEESP), nem mesmo menciona a classe hospitalar nos seus documentos mais recentes. Não se quer ser pejorativo ou ofender ninguém, mas,

assim, o pedagogo vai se *travestindo* de outra coisa e a atenção escolar da criança doente se perde. Apesar de ser um direito fundamental, a escolaridade parece não estar garantida para esta criança ou adolescente doente.

As ações para que os professores das escolas em hospitais tivessem um espaço específico de encontro, para trocas sobre a prática escolar por eles desenvolvida, se configuraram a partir dos resultados do primeiro mapeamento brasileiro de hospitais com escolas (FONSECA, 1999). Àquela época, conseguiu-se identificar que 30 hospitais contavam com professores para as crianças internadas. Mesmo sendo pequeno, esse quantitativo motivou a realização do 1º Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar na cidade do Rio de Janeiro, em julho de 2000. Nessa mesma ocasião já contávamos com mais de 70 hospitais com escolas, mapeamento este que continua sendo atualizado sistematicamente e, em seu último levantamento (setembro/2012), computou um total de 141 hospitais com escolas no território brasileiro. No que diz respeito aos Encontros, até o presente ano tivemos a possibilidade de realizar seis outras edições do evento inicial, tendo elas passado pelas cidades de Goiânia (GO) em 2002, Salvador (BA) em 2004, Porto Alegre (RS) em 2005, Curitiba (PR) em 2007, Niterói (RJ) em 2009 e Belém (PA) em 2012. A oitava edição dele está prevista para ocorrer na cidade de São Paulo (SP), no primeiro trimestre de 2014.

Entretanto, de acordo com o estudo de Oliveira, Wepler e Fonseca (2011), aqueles que efetivamente atuam como professores na prática escolar hospitalar e que também têm participado de tais eventos observam, ao longo das diversas edições até agora realizadas, que o foco do encontro - partilhar experiências, implementar intercâmbios e divulgar a produção acadêmico-científica na área do atendimento escolar hospitalar, com vistas a garantir o direito da criança ou adolescente de ter acompanhamento pedagógico-educacional durante a hospitalização - mesmo que redigido como tal nos documentos desses eventos (convites, programas, anais, etc.), de fato, assim não se apresentam, quando refletimos sobre algumas das temáticas abordadas nas palestras, apresentações de trabalhos e conferências da programação. Este estudo também aponta as grandes dificuldades que as comissões científicas encontram quando trabalhos submetidos são considerados não pertinentes à questão do atendimento escolar hospitalar. Ao longo dos anos, o suporte de organizações, governamentais ou não, assim como de instituições de ensino, tem gerado um intenso embate e consumido boa parte do tempo da organização desses mesmos encontros.

Nas entrelinhas da proposta do Encontro Nacional sobre Atendimento Escolar Hospitalar está o fato de que o professor dessa modalidade de atendimento tem uma prática rica. Essa prática, em si, é um campo fértil de ideias e possibilidades e os próprios professores podem se apropriar de metodologias para, como bem

colocava Freire (1983), atuar como professor pesquisador de seu dia-a-dia com o aluno doente no ambiente hospitalar. Isso não impede que profissionais das mais diversas áreas do conhecimento e com as mais diversas linhas de pensamento também investiguem acadêmico- e/ou teórico-metodologicamente assuntos pertinentes à prática escolar hospitalar. Entretanto, consideramos que um encontro sobre atendimento escolar hospitalar requer convergência. Isso quer dizer que as diversas áreas do conhecimento precisam *conspirar* em favor da mediação professor-aluno(s) dentro do ambiente hospitalar, para que a sistematização do conhecimento se dê e o(s) aluno(s) avance(m) em seus processos de desenvolvimento e de aprendizagem. Para isso, quem pesquisa precisa manter o foco de que o professor da escola no hospital é um parceiro essencial que, sendo ouvido, tendo a sua dinâmica de trabalho, relações e espaço compreendidos adequadamente, fará a pesquisa apontar resultados significativos para todos nela envolvidos. No caso da educação no ambiente hospitalar, os desdobramentos devem contribuir para com o aprimoramento da ação do professor no hospital, tornando-a mais afinada e adequada às demandas, necessidades e interesses desse alunado em particular.

Considerações finais

Embora o Brasil já acumule um considerável aparato legal e experiências importantes para o atendimento aos direitos da criança hospitalizada, ainda existem muitos desafios para a sua completa efetivação.

Considerando os direitos ao brincar e ao acompanhamento do currículo escolar durante a hospitalização, principais focos de discussão desse texto, conclui-se que ainda há muito trabalho a ser realizado para o seu pleno atendimento.

Apostamos na propagação desses direitos para o seu conhecimento por toda a sociedade, bem como na divulgação dos meios para a denúncia das situações em que não há o seu atendimento, de modo que essa mesma sociedade faça valer a sua cidadania.

Para a popularização desse conhecimento, é preciso que as universidades e, especialmente, os cursos das áreas de saúde e de educação, promovam espaços para o seu debate, invistam em pesquisas, em ações de extensão, além de fazerem constar o tema em seus currículos, considerando seu papel fundamental para a formação de profissionais bem informados, críticos e difusores do conhecimento para a sociedade.

Quanto à denúncia e exigência ao cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes hospitalizados, podemos relacionar alguns meios pelos quais os cidadãos podem fazê-lo, tais como: ouvidorias das instituições hospitalares, ouvidorias do SUS (em casos de hospitais públicos), conselhos tutelares, defensorias públicas e Promotorias de Justiça da infância e adolescência.

Também é importante a participação dos profissionais de saúde e de educação na definição das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes, a exemplo das conferências de saúde, conferências de educação, conferências dos direitos da criança e do adolescente, em todos os níveis - municipal, estadual e federal, de modo a fazer constar explicitamente tais direitos.

É preciso continuar desenvolvendo estudos que contribuam para a melhoria, de fato, de nossa Educação, mesmo que, em nosso caso particular, tenhamos nossa atenção voltada para o atendimento escolar hospitalar. Temos consciência de que as questões econômicas interferem muito em qualquer movimento que façamos. A lógica vigente é a de que, antes mesmo de se propor qualquer estudo ou evento sobre uma temática específica, se busque captar recursos, articular questões político-metodológicas das instituições e/ou de profissionais nelas envolvidos, dentre inúmeras outras questões. Sabemos também da complexidade para a superação e transformação de determinadas práticas do cotidiano. No entanto, temos que acreditar que a mudança é possível. Precisamos exaurir nossas discussões na busca por alternativas mais versáteis, democráticas e solidárias de partilhar o conhecimento acumulado e que, juntos, estamos construindo, tomando como base nossa prática escolar sistemática com crianças doentes. Esperamos mostrar que tais iniciativas podem apontar novas possibilidades de fazer a mediação do aprender, de melhorar a Educação e de qualificar o professor para, mais e melhor, contribuir para com mudanças em nossa sociedade.

Por fim, ver em prática as políticas públicas e as legislações que propõem assegurar os direitos da criança hospitalizada, inclusive ao brinquedo e à educação, requer vê-la e tratá-la como uma pessoa completa e com necessidades peculiares em consideração à sua fase de desenvolvimento e de adoecimento. No entanto, requer que todos os que com ela lidam ou tenham contato consigam, de fato, desvincular limitações, comprometimentos, deficiências ou incapacidades, movendo o olhar para as suas possibilidades e potencialidades.

Referências

ALMEIDA, P. N. **Educação lúdica**: técnicas e jogos pedagógicos. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2003.

AMANS, N. S. S. **Brinquedo terapêutico**: conhecimento e prática de enfermeiras que atuam em pediatria. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Centro de Pós-Graduação e Pesquisa. Universidade Guarulhos, São Paulo, 2008.

BIZ, A. S. **A interação lúdica entre criança e enfermeiro**: ações e percepções. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS, Porto Alegre, 2001.

BORBA, R. I. H. **A asma infantil e o mundo social e familiar da criança**. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: UFSP, 2003.

BORBA, R. I. H.; RIBEIRO, Circéa Amália; OHARA, C. V. S.; SARTI, Cynthia Andersen. O mundo da criança portadora de asma grave na escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 921-7, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Atendimento pedagógico-educacional para crianças e jovens hospitalizados**: realidade nacional. Série Documental: textos para discussão 4. Brasília, DF: INEP, 1999. 25 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Classe hospitalar e atendimento pedagógico domiciliar**: estratégias e orientações. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2002. 35 p.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB nº 2**, de 11 de fevereiro de 2001. Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, DF: D.O.U., 14 set. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 3. ed. rev. e atual. Brasília, DF: MS/SAS, 2002.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição Federal do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U., 16 jul. 1990, ratif. 27/09/1990 (a). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 10 out. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U., 20 set. 1990 (b). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 13 jan. 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: D.O.U., 25 jul. 1991.

Disponível em: <<http://www.mte.gov.br/lei8213>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.104**, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Brasília:DF: D.O.U., 22 mar. 2005.

BULLA, M. L. **O mundo do adolescente após a revelação do diagnóstico de câncer**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UFSP, São Paulo, 2009.

CAMPOS, Y. A. E. S. **Uma experiência difícil e amedrontadora**: a vivência da criança portadora de HIV expressa em sua brincadeira. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo, USP, 2012.

CASSADOR, T. V. **Transformando o ambiente de cuidado para enfrentar o sofrimento**: o significado que tem para os pais levarem brinquedo para o filho na UTI Neonatal. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UFSP, São Paulo, 2009.

CASTRO, A. S. **Compreendendo o significado da vivência da cirurgia de postectomia para pré-escolar**. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UFSP, São Paulo, 2001.

CINTRA, S. M. P. **O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UFSP São Paulo, , 2005.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 295**, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pelo Enfermeiro na assistência à criança hospitalizada. Rio de Janeiro: COFEN, 24 out. 2004. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/>>. Acesso em: 10 out. 2012.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 41**, de 13 de outubro de 1995. Aprova na íntegra o texto da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos direitos da criança e do adolescente hospitalizados. Brasília, DF: D.O.U., 17 out. 1995. Disponível em: <<http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/conselho/conanda/resol>>. Acesso em: 10 out. 2012.

CONCEIÇÃO, C. M. **O brinquedo terapêutico no preparo da criança para a coleta de sangue**: o significado para os pais. Pesquisa (PIBIC)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIPESP, São Paulo, 2008.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem. **Processo TRCI nº 51.669**, de 24 de Junho de 2004. Parecer Fundamentado sobre utilização do brinquedo terapêutico pelo enfermeiro. São Paulo: COREN, 2004.

CYPRIANO, F. Y. H. **Compreendendo a vivência da cirurgia para a criança pré-escolar por meio das manifestações expressas em sua brincadeira**. Pesquisa (PIBIC) - Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2009.

DALLARI, Dalmo de Abreu. Palestra. **6ª Conferência Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**, Conanda e Subsecretaria dos Direitos Humanos da Secretaria Geral da Presidência da República, Brasília, DF: dez. 2005. Disponível em: <<http://www.promenino.org.br/Ferramentas/Conteudo/tabid/77/ConteudoId/e5d35728-a4e9-48fa-8458-1a0107a7d767/Default.aspx>>. Acesso em: 10 out. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Miniaurélios**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008.

FONSECA, E. S. **Atendimento Escolar no Ambiente Hospitalar**. São Paulo: Memnon, 2008.

_____. **Mapeamento brasileiro das escolas hospitalares e domiciliares**. Rio de Janeiro: UERJ/EH, 2012. Disponível em: <<http://www.escolahospitalar.uerj.br>>. Acesso em: 15 set. 2012.

FONSECA, E. S. **Atendimento Pedagógico-Educacional para Crianças e Jovens Hospitalizados**: realidade nacional. Serie Documental. Textos para Discussão. 25 p. Brasília, DF: INEP, 1999

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

HART, D.; BOSSERT, E. Self-reported fear of hospitalized school-age children. **Journal of Pediatric Nursing**, New York, v. 9, n. 2, p. 83-90, 1994.

JANNUZZI, G. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. São Paulo: Cortez. 1985.

HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. (Org.). **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HUIZINGA, J. **Homo ludens**: o jogo como elemento da cultura. Trad. João Paulo Monteiro. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

KICHE, M. T.; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 125-130, 2009.

LIONE, L. M. **Do vivendo para brincar ao brincando para viver: o desvelar da criança com câncer em tratamento ambulatorial, na brinquedoteca.** Tese (Doutorado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, USP, 2003.

MAIA, E. **Valorizando o brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem:** o caminhar da enfermeira para essa sensibilização. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2005.

MONARCHA, C. Escola “Pacheco e Silva” anexada ao Hospital de Juqueri (1929-1940). **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 78, n. 1/10, p. 7-20, 2010.

MORAIS, M. L. S. **O faz-de-conta e a realidade social da criança.** Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1980.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.

O'REGAN, F. **Sobrevivendo e vencendo com necessidades educacionais especiais.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

OLIVEIRA, A. C.; WEPLER, B. B.; FONSECA, E. S. Encontros Nacionais sobre Atendimento Escolar Hospitalar: uma primeira análise. In: SCHILKE, A. L.; NUNES, L. B.; AROSA, A. C. (Org.). **Atendimento Escolar Hospitalar: saberes e fazeres.** Niterói: Intertexto, 2011. p. 193-204.

OLIVEIRA, C. S. **Brinquedo Terapêutico na assistência à criança e família:** percepção dos enfermeiros pediatras do Hospital São Paulo – HSP. Pesquisa (PIBIC)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2009.

OLIVEIRA, H. Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. In: CECCIM, R. B.; CARVALHO, P. R. A. (Org.). **Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida.** Porto Alegre: Editora UFRGS, 1997. p. 42-55.

ORTIZ, R. L. B. **A vivência da criança escolar na insulino terapia expressa no brinquedo terapêutico dramático.** Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2009.

PEDRO, L. B. **A vivência da criança escolar em hemodiálise expressa no brinquedo terapêutico dramático.** Trabalho de Conclusão de Curso (Enfermagem)- Escola Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, UNIFESP, 2012.

PEREIRA, A. K. **O brincar da criança com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade**: buscando compreender sua vivência. Pesquisa (PIBIC)- Escola Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2012.

REILY, L. **Escola inclusiva**: linguagem e mediação. São Paulo: Papirus, 2006.

REMUSKA, L. M. M. **A brincadeira mediando o sofrimento e o enfrentamento da criança pré-escolar com câncer**. Pesquisa (PIBIC)- Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, C. A. **Crescendo com a presença protetora da mãe**: a criança enfrentando o mistério e o terror da hospitalização. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1999.

RIBEIRO, C. A. **O efeito da utilização do brinquedo terapêutico, pela enfermeira pediatra, sobre comportamento de crianças recém-hospitalizadas**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 1986.

RIBEIRO, C. A.; ALMEIDA, F. A.; BORBA, R. I. H. A criança e o brinquedo no hospital. In: ALMEIDA, F. A.; SABATÉS, A. L. (Org.). **Enfermagem pediátrica**: a criança, o adolescente e sua família no hospital. São Paulo: Manole, 2008. p. 65-77.

RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H.; REZENDE, M. A. O brinquedo na assistência à saúde da criança. In: FUGIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (Org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole, 2008. p. 287-327.

RIBEIRO, R. L. R. Crianças e adolescentes: prioridade absoluta. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 49-50, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/editorial-revista-sobep-criancas-e-adolescentes-prioridade-absoluta.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2012.

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado. **Lei nº 3.708**, de 09 de novembro de 2001. Institui Cota de até 40% (quarenta por cento) para as populações negra e parda no acesso à Universidade do Estado do Rio de Janeiro e à Universidade Estadual do Norte Fluminense, e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<http://www.mjus.org.br/lei3708>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

SABOYA, B. No universo da criança, brincar é ir em frente. **O Globo**, Jornal da Família, Rio de Janeiro, p.1, 6 out. 1985.

SAVIANI, D. **Escola e Democracia**: teorias da educação, curvatura da vara. Campinas: Autores Associados, 2003.

SEWO, M. T.; RIBEIRO, R. L. R.; VIEIRA, M. A. A tecnologia da informação e comunicação e o lúdico apoiando o tratamento de crianças hospitalizadas. **VIVA Extensão em Revista UFMT**, Cuiabá, v. 1, p. 17-25, 2008. Disponível em: <<http://sites.google.com/a/pediatriaemrede.org/www/publica%C3%A7%C3%B5es>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

SOUZA, A. A. M. **Uma vida dominada pela dor:** a criança vivenciando a anemia falciforme. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo, UFSP, São Paulo, 2011.

Recebimento em: 13/12/2012
Aceite em: 04/02/2013